

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### ACTION DE FORMATION DEMANDEE

Intitulé de la formation : .....

**NB :**

*Pour toute inscription à une formation AFGSU 2, il est impératif de joindre au formulaire d'inscription la copie de votre diplôme de professionnel de santé vous en permettant l'accès.*

*Pour toute inscription à une formation de REVALIDATION de l'AFGSU, il est impératif de joindre au formulaire d'inscription la copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence en cours et valide (moins de 4 ans) ; exception faite si l'attestation initiale a été délivrée par le CESU 64B, auquel cas merci de bien vouloir cocher la case*

Dates retenues: .....

Nombre de salariés concernés par l'inscription : .....

Description du besoin de formation : .....

.....  
.....

### BENEFICIAIRE DE L'ACTION DE FORMATION

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Dpt :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

Fonction :

Diplôme/formation :

## EMPLOYEUR

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

Directeur d'établissement (Nom/ prénom) :

## FINANCEUR

Prise en charge des frais de formation :

Employeur

Organisme

Personnel

Nom :

Adresse de facturation :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

*Le CESU-64 se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants se révélait insuffisant.*

*Le paiement de la formation sera effectué auprès du Trésor Public en fin de session, dès la réception de la facture (TIP).*

**Si vous souhaitez bénéficier d'aménagements spécifiques en lien avec une situation de handicap, merci de nous le signifier en contactant le secrétariat du CESU par courriel ou par téléphone.**

Signature Employeur / Cachet  
« Bon pour accord », le

Signature Candidat

*Les informations recueillies par l'organisme de formation du Centre Hospitalier de Pau, font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. Conformément à la loi « informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez prendre contact avec la structure de formation ou auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse [dpo@ch-pau.fr](mailto:dpo@ch-pau.fr)*

*Prestataire de formation enregistré sous le n°7264P006264 auprès du Préfet de Région Nouvelle-Aquitaine (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat). Siret : 266 405 521 00 110-APE : 8542Z - N° TVA Intracommunautaire : FR OK26640552*